Querino Bastos, C. 12.
1/6

THESE

DE

Candido Querino Bastos.

1871.

THESE

QUE DEVE SUSTENTAR

PERANTE

A FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

EM NOVEMBRO DE 1871

PARA OBTER O GRAO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

Candido Querino Bastos

NATURAL DA CACHOEIRA, PROVINCIA DA BAHIA,

Filho legitimo de Francisco Querino Bastos e de D. Leopoldina Candida Guedes Bastos.

> Pense toujours à ce que tu es, à ce que tu dois. Dieu t'a fait prêtre du feu sacré de la vie, il t'a commis le soin de dispenser ses plus beaux dons, la santé et la vie; il t'a confié pour le bien de tes semblales les forces occultes deposées par lui dans le sein de la nature. Quelle haute et sainte mission! Remplis-la dignement non pour ton propre avantage, non pour ta reputation, mais pour la gloire de Dieu, et pour le salut de tes frères; un jour viendra où tu seras appelé à en rendre compte.

Surgeon Genl's Office LIBRARY Washington, D.C.

BAHIA

Typographia de J. G. Tourinho

1871.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

. . . .

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.º ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães .	Physica em geral, e particularmente em suas applicações a Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva.	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho . . .	Anatomia descriptiva.
	2.º ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho. . . .	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.º ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.º ANNO.
Cons. Manoel Ladisláo Aranha Dantas .	Pathologia externa.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.º ANNO.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas.	Anatomia topographica, Medicina operatoria, e apparelhos.
Luiz Alvares dos Santos	Materia medica, e therapeutica.
	6.º ANNO.
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães . .	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
José Affonso de Moura.	Clinica externa do 3.º e 4.º anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.º e 6.º anno.

OPPOSITORES.

. . . .
Ignacio José da Cunha. . . . . . .
Pedro Ribeiro de Araujo. . . . . .
José Ignacio de Barros Pimentel . . .
Virgilio Clymaco Damazio . . . . .
} Secção Accessoria.

. . . .
Augusto Gonçalves Martins. . . . .
Domingos Carlos da Silva. . . . . .
Antonio Pacifico Pereira . . . . . .
. . . .
} Secção Cirurgica.

. . . .
. . . .
Ramiro Affonso Monteiro. . . . . .
Egas Carlos Moniz Sodré de Aragão . .
Claudemiro Augusto de Moraes Caldas . .
} Secção Medica.

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

Á MEU SOGRO

O ILLUSTRISSIMO SENHOR

JOAQUIM GOMES COITINHO

E A' SUA VIRTUOSA ESPOSA

A EXMA. SRA.

D. Maria Senhorinha Gomes

Pela bondade de vossos corações, gratidão eterna, e immensa amisade.

Á MEU TIO

O Illm. Sr.

EGAS JOSÉ GUEDES

E A' SUA CARINHOSA ESPOSA

A Exma. Sra.

D. RACHEL AUGUSTA GUEDES

Me prodigalisastes sempre tantas provas de amisade que sou vosso verdadeiro amigo.

A' MEU PADRINHO

O Illm. Sr.

MAJOR JOAQUIM BAPTISTA IMBURANA

Testemunho solemne da amisade sincera que vos consagro.

Q. B.

2

A' MINHA MADRINHA

a excellentissima senhora

D. Maria Joaquina Telles Lobo

Inequivoca prova da alta amisade que vos dedico.

Á MEU TIO

O Illustrissimo Senhor

BELISARIO JOSÉ GUEDES

E á sua Excellentissima Familia

Muita amisade.

A' MEUS CUNHADOS

Dr. Bernardo Gomes Coitinho

D. Idalina Gomes Coitinho

D. Rosa Gomes Coitinho

D. Joaquina Gomes Coitinho

Amisade.

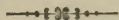
Á EXMA. SRA. D. JOSEPHINA AUGUSTA MONIZ BARRETTO

Estima e sincera amisade.

Á MEU MESTRE E ESPECIAL AMIGO

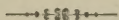
O Illustrissimo Senhor

DR. DOMINGOS RODRIGUES SEIXAS

Alto reconhecimento e muita amisade.

AO COLLEGA E SINCERO AMIGO

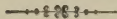
DR. ANTONIO JOSÉ DE SOUZA GOUVEIA

e á sua Exma. Familia

Sincera demonstração da mais intima e cordial amisade.

AO COLLEGA E AMIGO DA INFANCIA

Dr. José Leoncio de Medeiros

e á sua excellentissima familia

Muita estima e sincera amisade.

Á MEUS MESTRES

Cons. Dr. Vicente Ferreira de Magalhães
Cons. Dr. Manoel Ladislao Aranha Dantas
Cons. Dr. Elias José Pedrosa
Cons. Dr. Mathias Moreira Sampaio
Dr. Antonio Januario de Farias
Dr. José Affonso Paraizo de Moura
Dr. Antonio de Cerqueira Pinto
Dr. Sallustiano Ferreira Souto
Dr. Rosendo Aprigio Pereira Guimarães
Dr. Demetrio Cyriaco Tourinho
Dr. José Antonio de Freitas
Dr. José de Góes Siqueira
Dr. Jeronymo Sodré Pereira
Dr. Virgilio Climaco Damasio

Muita consideração e amisade.

AOS ILLUSTRISSIMOS SENHORES

Dr. Cincinato Pinto da Silva *Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar*

Sympathia e estima.

Á MEUS AMIGOS

OS ILLUSTRISSIMOS SENHORES

Dr. Salvador Vicente Sapucaia
Aureliano Helvecio Moniz Barretto
Vigario Padre Tito Livio dos Santos
Padre Sertorio Zeferino Nazareno
Dr. Manuel Joaquim Saraiva
Dr. João Alves de Lima Gordilho
Dr. Virgilio A. de Lima Gordilho
Capitão Augusto de Souza Galvão
Capitão Jeronymo Fernandes Pereira
Joaquim Alves Affonso
Silio Bocanera
Siciliano Amancio d'Azevedo

e á suas excellentissimas familias

Amisade.

Á ILLUSTRADA CONGREGAÇÃO D'ESTA FACULDADE

Homenagem ao merito.

AOS COLLEGAS DOUTORANDOS

ESPECIALMENTE

Dr. Francisco Joaquim Ferreira Nina
Dr. Manoel Gomes de Argollo Ferrão
Dr. Raymundo Pereira de Castro
Dr. Euclides A. Ferreira da Rocha
Dr. Rodrigo A. Barboza de Oliveira
Dr. João Pedro Freire Monteiro

Um adeus de profunda saudade.

SECÇÃO CIRURGICA

DISSERTAÇÃO

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES DA URETHROTOMIA INTERNA

> Des faits sans theories, c'est de l'empirisme; des theories sans faits ce n'est pas de la science.
>
> (Mèchelena.)

PRIMEIRA PARTE

Historia

A URETHROTOMIA interna é uma das operações que mais serviços tem prestado á humanidade, livrando-a do continuo e longo peregrinar do soffrimento, e arrancando-a das ironias do desespero. Compulsando as paginas do livro da vida, desse oraculo das gerações modernas, da historia que apresenta em nossos dias tantos factos traçados em caracteres revestidos pelo manto da verdade, vemos que ella data da mais remota antiguidade.

Foi no XVI seculo que o napolitano Alphonso Ferri empregou no tratamento dos estreitamentos o seu instrumento picante.

Ambrosio Paré, natural da França, a praticou neste mesmo tempo, e suas idéas servirão de bussola a Doerner e Pthysick.

No XVII seculo, no anno de 1600, foi empregada por Fabricio d'Aquapendente; e por Phillipps, fazendo-a preceder e seguir da dilatação.

Em 1603, Henrique IV foi operado por Turquet de Mayerne, que teve em recompensa ser condemnado pela Faculdade de Medicina de Pariz,

tendo sido julgado incapaz de exercer a arte de Hyppocratis, *propter temeritatem, imprudentiam et ignoratiam.*

No XIX seculo, no anno de 1824, Amussat apresentou o seu primeiro escarificador com que procedeu a operação, e em 1825 Civiale tambem a praticou.

Reybard fel-a em 1833; Dupierris em 1840, e em 1845 Syme, Mercièr e Leroy d'Etiolles tambem a exercerão.

Sedillot, em 1852, indica a urethrotomia interna, e um novo processo para os estreitamentos infranqueaveis a que denomina urethrotomia externa.

Nesta mesma epocha, Trelat preconisa esta operação, e A. J. Desormeaux começa os seus trabalhos de endoscopia, vindo dal-os á publicidade em 1865, com um tratado de suas lições feitas no hospital de Necker.

Maisonneuve, em 1865, faz conhecer o seu urethrotomo, o qual, abraçado por Nelaton e Velpeau, tem sido usado até hoje por todos os cirurgiões distinctos.

Sectario da urethrotomia interna, por systema e convicção a mais intima, por ter seguido ha quatro annos a clinica do nosso illustrado mestre, o distincto operador brazileiro Dr. Adriano Alves de Lima Gordilho, constituirá ella o ponto para objecto da nossa dissertação.

SEGUNDA RARTE

Anatomia da urethra.

A urethra é um canal que tem duas funcções importantes á preencher: é o canal excrector da urina, que existe accumulada na bexiga, e da emissão do esperma que lhe fornecem os canaes ejaculadores.

Situação.—Situada em sua origem na cavidade pelviana, nascendo da porção inferior da bexiga, ella atravessa a prostata, perfura o tabique muscular e fibroso que fecha a abertura inferior da bacia, e é então envolvida pelo corpo esponjoso sua bainha erectil, que a acompanha até a

sua extremidade livre, onde expandindo-se forma a glande: pelo que dissemos, vemos que a urethra concorre por sua vez á formação do penis.

Forma.—A urethra tem sido por diversas maneiras encarada quanto a sua forma: Winslow diz que a urethra tem a forma de uma penna; Le Cat que assemelha-se á um cylindro; Jarjavay da-lhe uma outra forma; e Fort diz que a urethra apresenta externamente a forma de um tubo, onde vê-se dilatações e estreitamentos, e que em sua parte interna é um canal dilatado, estreitado em differentes pontos, tendo porem sua superficie lisa.

Orificios.—Dous são os orificios existentes na urethra: um externo ou meato urinario; e outro interno, posterior, orificio urethro-vesical, tambem chamado collo da bexiga. O meato urinario tem sua séde no vertice da glande, tendo a forma de uma fenda vertical, se bem que Malgaigne o tenha visto affectando a forma de um ferro de frecha, a que denominou meato de quatro labios. O orificio urethro-vesical manifesta-se de differentes configurações. Jarjavay diz, que nos meninos e adolecentes é constante a forma circular e fundibular; na idade adulta esta configuração soffre modificações; toma a forma de uma meia lua de labio posterior convexo para diante, e concavo para traz; a de uma estrella, a de um T voltado, e a de um ferro de frecha. Seu diametro, segundo a opinião de Sappey, é de 4 a 6 millimetros, não obstante ter este distincto anatomista o atravessado com instrumentos de 8 a 12 millimetros.

Este grande professor da Faculdade de Paris diz que este orificio tem de circumferencia 15 a 18 millimetros.

Direcção.—A urethra desde o collo da bexiga até o meato urinario, quando o penis está em erecção, apresenta uma unica curva, o que tambem se observa, quando por qualquer tracção é levado para a parte superior. Da mais remota antiguidade até a epocha hodierna sua direcção tem sido diversamente considerada; para uns ella tem uma direcção recta, e estes, que assim a julgão, baseão suas asserções no facto de poder ser introdusido um instrumento recto no seu canal, o que é considerado falso; por ser feita a introducção de um instrumento recto, não podemos dizer que sua direcção seja recta, por quanto vêmos que a flexibilidade e dilatabilidade dos conductos membranosos são que permittem tal introducção, destruindo uma de suas curvas. Ainda a sua direcção recta, quando o penis está em erecção, ou quando levado por tracções para a parede abdominal, não é justificada como real; se notamos que um acto physio-

logico, é verdade, mas sobre natural, e tracções, forças ou manobras artificiaes tem concorrido para alterações em seu trajecto, não temos razão de dizer que sua direcção seja recta. Admittimos com Sappey, Fort, Civiale e Cruveillier, trez curvas. A urethra dirige-se para baixo na porção pelvi-perineal; debaixo da symphise pubiana descreve uma ligeira curva de concavidade superior, (curva que é fixa, e permanente, e que não soffre modificações por tracções feitas no penis, ou pela erecção); abraçando a symphise sóbe um pouco para diante della, e vai collocar-se na goteira, que lhe é fornecida pelos corpos cavernosos: então sua direcção é determinada pela do penis, descrevendo com ella uma curva de concavidade inferior, muito mais pronunciada que a precedente, constituindo o angulo prepubiano. Esta curvadura não é fixa, e desapparece ou pela erecção, ou pelas tracções impressas ao penis. As curvas revestem por tanto a forma de um S italico.

Divisão.—A urethra de diversos modos tem sido dividida: antigamente julgavão que a urethra não era outra cousa mais que o collo da bexiga; mais tarde, á medida que a anatomia fazia progressos e que seus sectarios mais trabalhavão pela descoberta de seus orgãos e elementos, foi conhecida a falta de homogeneidade na sua textura por toda sua extensão, e então surgio a necessidade das divisões para facilitar seu estudo. A primeira divisão foi a de Ruphus d'Epheso, que limitou-se a dividil-a em duas porções; uma fixa e outra livre. A primeira, porção fixa, perineal, pelvi-perineal, representa a parte contida desde o collo da bexiga ao nivel da face anterior da arcada pubiana e dos ramos pubianos; subdividindo-se em porção pelviana que limita-se para baixo pela aponevrose perineal ou ligamento de Carcassone, e porção propriamente dita perineal, limitada pelo lugar da juncção das duas raizes dos corpos cavernosos. A segunda, porção livre ou movel tem sua origem no ponto de terminação da fixa, estendendo-se até o orificio externo; é á esta porção que elle chamou esponjosa. A divisão de Ruphus d'Epheso juntou-se a de Riolans, a de Fallopio, e de outros, que a dividirão em prostatica, e nerveo-esponjosa. Mais tarde foi descoberta para diante da prostata uma outra porção mais estreita por Morgagni, e Manget; e que Ledran foi quem primeiro disse que era membranoso o começo da urethra, e de differente natureza.

Le Cat e Duverney a dividirão em trez porções: prostatica, membranosa e bolbosa. Malgaigne, e Hurcke modificarão esta divisão, modificação que é hoje sanccionada por Beaunis et Bouchard, Fort, Cruveillier e

Sappey, e que é admittida pelo Illustre Lente de Anatomia Discriptiva da nossa Faculdade: consiste esta divisão em trez porções; prostatica, membranosa, e esponjosa.

Dimensões.—A idade concorre a modificar as dimensões da urethra; assim nos meninos ella tem variedades; no menino que se examina dias depois de nascido ella apresenta-se com 6 centimetros; indo proporcionalmente crescendo com o seu desenvolvimento, até que na idade adulta tem 16 á 18 centimetros. É a medida achada por Fort, Cruveillier, Sappey, Phillipps, Malgaigne, etc.

Calibre.—É bem difficil precisar-se o calibre da urethra; por isso que ella soffre modificações, segundo o desenvolvimento de cada individuo, idade, e estados pathologicos. Jarjavay congela o penis; Richet depois de separar todo apparelho urinario fende a urethra de traz para diante, estende-a em uma superficie plana, medindo a distancia que separa um bordo do outro; e como a urethra estendida pode ser considerada como sua circumferencia, elle tomava um terço, e assim avaliava approximadamente seu diametro.

Amussat disseca as partes molles, isolando a urethra, e depois a insufla; quanto á este autor, diz Sappey, *ce procedé est si manifestement défectueux, que l'énoncer c'est le condamner.*

Malgaigne achava bons resultados no processo de Richet, mas notou que as injecções solidificaveis reunião resultados mais concludentes.

Sappey fecha o meatourinario com uma sutura entortilhada; disseca a mucosa vesical ao nivel do collo da bexiga, e a liga afim de obstar a entrada do liquido fazendo a injecção por um dos canaes deferentes; se alguma duvida se manifesta, diz elle, que se a injecção tem força para augmentar o calibre da urethra, ella não tem para mudar a sua forma.

Tres dilatações são as que se tem conhecido: fossa navicular, cavidade do bolbo, porção prostatica; e cinco partes estreitadas: meato urinario, limite posterior da fossa navicular, anel do bolbo, ponto correspondente ao angulo prepubiano, e orificio urethro-vesical.

Textura da urethra.

Trez camadas distinctas por sua estructura constituem as paredes da urethra: uma interna, muito delgada; uma media tendo mais espessura; e uma externa, muito espessa.

As camadas, interna e media, estendendo-se por toda a urethra, não apresentão differença em sua textura; mas são distinctas: a externa, não tendo a mesma homogeneidade em sua extensão nas porções da urethra, soffre variedades em sua textura.

Camada interna.—O canal da urethra, em toda sua extensão, é revestido por uma membrana mucosa, elastica, delgada, de fraca consistencia, de um branco amarellado no cadaver, e transparente, quando isolada; é continuação da mucosa vesical: reveste a glande, forra o prepucio em sua porção interna, e vai continuar-se com a pelle do penis, dando ainda prolongamentos para os canaes que se vão abrir em sua superficie. Está em relação, por sua face externa, com a camada media, á quem adherida, torna-se intimamente unida; por sua face interna é livre.

É formada por uma lamina epithelial e outra fibrosa, e ahi se notão glandulas, vasos e nervos. A lamina epithelial é composta de cellulas cylindricas ou conicas, justapostas e unidas por uma substancia amorpha; a fibrosa, de fibras elasticas muito finas e numerosas.

Apresenta primeiro papillas muito desenvolvidas na fossa navicular, se bem que Sappey as tenha encontrado em toda a extensão do canal; são estas papillas que transmittem a sensibilidade á urethra: nas blemorrhagias, quando dá-se a queda do epithelio pela inflammação, logo que tem logar a micção, os doentes exhalão suspiros, e gemidos de dor; segundo, sulcos formados por depressões ou por dobras; terceiro, dobras, que são o resultado das pregas das tunicas musculosa e muscosa; Sappey diz só existirem as longitudinaes; quarto, orificios, que são os dos tubos excretores das glandulas; quinto, as glandulas mucosas da porção prostatica; as de Littre, por este assignaladas em 1700, na porção membranosa, e em maior numero na parede superior da urethra na porção esponjosa; e as de Cooper, que diz Cruveillier existirem entre o bolbo e o musculo bolbo cavernoso; as lacunas de Morgagni, glandulas folliculares, divididas em foramina e foraminula; as foraminas são attribuidas á descoberta de Graaf em 1706.

Sappey considerando grandes as foraminas, e pequenas as foraminulas, admitte as medias em maior quantidade; sexto, valvulas. Alphonso Guerin de Vaunes descobrio uma á 2 ou 3 centimetros do meato urinario; Godar mencionou a existencia de uma outra ao lado do verumontano, e Amussat deu o nome de valvula pylorica ao debrum membranoso, que se acha para traz do orificio urethro-vesical.

Camada media.—A tunica media, muscular ou submucosa, existe entre as tunicas mucosa e externa. Se estende por todo o canal, tendo um millimetro de espessura, tornando-se mais consideravel nas porções prostatica e membranosa, e diminuindo na cavidade do bolbo, e na fossa navicular. Contem: primeiro, fibras finas de tecido elastico; segundo, fibras musculares, circulares e longitudinaes; terceiro, filetes nervosos; quarto, arteriolas delicadas; quinto, uma grande rede venosa. É pela contractilidade de suas fibras que ha a emissão do esperma, a expulsão do muco das blennorrhagias, a compressão das sondas, e os estreitamentos espasmodicos.

Camada externa.—Esta divide-se em trez segmentos; primeiro, corpo esponjoso; segundo, camada vascular; terceiro, glandula prostatica.

O corpo esponjoso é constituido; primeiro, pelo bolbo; segundo, pelo cylindroide esponjo-vascular; terceiro, pela glande, onde notão-se as glandulas de Tysson; quarto, por uma camada muscular, constituida pelos dous musculos de Wilson, segundo as opiniões de Demarquay e Sappey; e pelo musculo orbicular da urethra, segundo Jarjavay.

Prostata.—Esta glandula é de natureza esponjosa, segundo Graaf, e Bartholin; Haller diz, ser de natureza cyrrosa, Kolliker já demonstrou que ella é de natureza musculosa.

Existem quatro musculos, o orbicular, o bolbo cavernoso, o transverso do perineo, e o levantador do anus.

Ha nervos da vida de relação, e da vida vegetativa; o plexo sacro fornece os da vida de relação; o hypogastrico os da vida vegetativa. Do plexo sacro os vesicaes, e o pudendo interno, e este subdvidido em inferior ou perineal, e superior ou peniano. Do plexo hypogastrico os vesicaes, hemorrhoidarios e testiculares.

Camada vascular.—É formada por arterias e veias. As arterias são ramificações das vesicaes e pudenda interna, que tem sua origem na hypogastrica; a vesical inferior, a que Chaussier denominou vesico-prostatica; a vesical anterior; a pudenda interna que se bifurca no bordo interno do transverso superficial do perineo em inferior, superficial ou perineal, e em superior, profunda ou peniana, que ainda se divide em dorsal do penis, e bolbar ou transversa do perineo.

Veias.—As superficiaes do penis, e o plexo vesico-prostatico.

Ainda Sappey admitte na camada vascular, os lymphaticos, que estão comprehendidos entre o meato urinario e o freio e que constituem troncos que vão ter aos glanglios das verilhas.

Physiologia.

Duas propriedades tem a urethra. Sensibilidade, variavel segundo os individuos, e mesmo em alguns pontos da urethra.

Contractilidade, propriedade pela qual suas paredas mais se unem tornando por tanto mais estreito o canal,

TERCEIRA PARTE

Urethrostenia.

Bem difficil, senão impossivel, é sempre definir-se clara, e concisamente, mas no emtanto, procuraremos fazer uma descripção succinta do que entendemos ser a urethrostenia,

A toda coarctação que determinar a diminuição permanente em um ou mais pontos do canal da urethra, com alteração em seu tecido proprio, denominaremos urethrostenia ou estreitamento da urethra.

Divisão.

Diversos pathologistas tem feito divisões que muito differem pela maneira que encarão os estreitamentos.

Carlos Bell, entendendo que, sempre que a urethra perdia a faculdade de dilatar-se, estava estreitada, admitte duas especies; estreitamentos dilataveis ou espasmodicos, e não dilataveis ou confirmados. Beclard admitte duas especies tambem; inflammatorios, e organicos.

Cirurgios inglezes, e entre elles Wilson, dizem existir trez; espasmodicos, symptomaticos, e organicos. Amussat e Civiale os dividirão em quatro classes: Rodrigo em cinco, e Leroy d'Etiolles em nove. Para nós entretanto, não existe mais do que uma especie, que é a dos verdadeiros estreitamentos.

Chamamos estreitamentos verdadeiros os organicos, e crêmos que como taes não se devem denominar os espasmodicos, nem os inflammatorios em qualquer de seus periodos, e nem tão pouco aquelles que se manifestão em virtude de compressão de tumores intra, e extra urethraes, e de calculos que, tendo sua séde na bexiga, possão obliterar o canal. Nas observações que eu colhi na clinica civil do Dr. Gordilho, como seu ajudante, apresento dous casos de calculos vesicaes, que simulavão a primeira vista estreitamentos na urethra.

Não concordando com esta divisão variada, sustentamos a nossa opinião em observações de grandes cirurgiões.

Como poderemos taxar de verdadeiros á toda esta serie de estreitamentos, se notamos seu desapparecimento, desde que cessão as causas que actuavão no seu desenvolvimeuto e manifestação?

É por tanto á nosso modo de ver, os estreitamentos organicos que constituem a unica especie das verdadeiras coarctações.

Estreitamentos organicos.

A diminuição progressiva e permanente que se dá em ou um mais pontos do canal da urethra, devida a transformação fibrosa que soffre seu tecido erectil, é o que denominamos estreitamento organico. Os estreitamentos organicos se dividem em fibroides e dilataveis, e fibrosos não dilataveis.

Etiologia.—As causas dos estreitamentos, como as de outra qualquer molestia, estão divididas em causas predisponentes, occasionaes e determinantes.

Causas predisponentes.—O sexo masculino, a idade adulta, o temperamento nervoso e as habitações, muito concorrem ao seu desenvolvimento e existencia.

Causas occasionaes.—As blennorrhagias, as blennorrheas ou urethrites granulosas, as ulcerações, as feridas tranversas, as contusões do perineo, as rupturas devidas á manobras forçadas, como vê-se nas blennorrhagias vulgarmente chamadas de gancho, os excessos do coito, o omnanismo, o catheterismo brusco, as erecções continuas, as dilatações forçadas, os instrumentos grossos, quando introdusidos para o emprego das operações da lithotritia, as injecções causticas, a cauterisação, as pedras da bexiga, etc. são as causas que mais tendem ao seu apparecimento.

Causas determinantes.—A inflammação é quem representa o grande papel na formação dos estreitamentos; é ella quem determina sua existencia.

Symptomatologia.—Os symptomas que se observão nos estreitamentos, se dividem em locaes e geraes. Os locaes são: gotta miliar; retenção do esperma; coito doloroso; a urina bifurcada em seu jorro: a medida que a coarctação vai diminuindo progressivamente o diametro do canal da urethra, a emissão da urina vai se difficultando; a dysuria logo tem lugar, e o doente vai fazendo ja exforços para dar sahida a urina; se o desenvolvimento do estreitamento marcha a passos gigantescos cumprimindo mais o canal da urethra, eis que sobrevem a ischuria; então já a urina é ammoniacada, cheia de pús e tinta de sangue; e quando o estreitamento fecha as paredes urethraes, obliterando seu canal, manifesta-se a stranguria: pouco á pouco os exforços do doente se vão augmentando, segundo os periodos da evolução das coarctações, até que no ultimo tocão ao maximo de energia e desespero; o infeliz contrahe seus musculos violentamente, toma posições exquisitas, seus olhos e face se injectão e lagrimejão, seu penis permanece em erecção, seus membros tremulão, copiosos suores frios lhe banhão o corpo, materias fecaes sahem insensivelmente: muitas vezes hernias, epistaxis, e congetões cerebraes se manifestão, ao passo que uma só gotta de urina não lhe orvalha o meato urinario! Desgraçada e lugubre scena é a que representa o infeliz n'estes transportes de dor! Lagrimas, gemidos, e desolação, são seus arrimos em seu cruel soffrimento!

Os symptomas geraes são: infiltrações urinosas, bexiga enormemente distendida, erysipela, calefrios, febre, cephalalgia, delirio; e algumas vezes todo este cortejo de symptomas é annunciador de uma morte inevitavel.

Complicações.—Inflammação da mucosa; ruptura e dilatação do canal urethral; lesões dos orgãos genitaes, da prostata, da bexiga, dos ureteres e dos rins; inercia e paralysia da bexiga; caminhos falsos, abscessos urinosos, fistulas urinarias, infiltrações urinosas, gangrena, febres urethraes, etc.

Pathogenia, e Anatomia pathologica.—Mais uma questão de grande importancia tem concentrado a attenção de vultos eminentes e distinctos na cirurgia; é o estudo da pathogenia, e anatomia pathologica dos estreitamentos da urethra. Travada a luta no vasto campo scientifico, J. Guerin, e Virchow, sonhando o futuro, e envidando exforços que mais fizessem engrandecer por seus progressos, e por seus cabedaes a sciencia, tem

lançado ao despreso, votado ao esquecimento e abandono as theorias de Reybard, A. Guerin, Lallemand, Sœmmering, etc. Para Reybard as coarctações urethraes erão formadas pela substituição de um tecido organisado de productos plasticos á outro que sendo reabsorvido desapparecia· Diz Reybard, em seu tratado pratico de estreitamentos do canal da urethra de 1853, que as coartações urethraes erão formadas por um tecido analogo ao das cicatrises; que os tecidos normaes não se nutrindo, soffrem uma absorpção intersticial, desapparecendo sem que fiquem traços de sua existencia; que o tecido anormal é constituido pela lympha plastica, que pouco á pouco se coagulando, se condensa, e que, nutrida por uma circulação nova, constitue este novo tecido heteromorpho, gosando de vida propria; e que a mucosa tambem desapparece, sendo substituida por uma membrana heterologa.

Quanto á epocha de sua formação, diz que estes tecidos desenvolvem-se durante a duração dos phenomenos inflammatorios que os originão e que muita vez são organisadas antes que estes sejão terminados.

Lallemand, Sœmmering e A. Guerin dizem ser o tecido cellular submucoso a séde dos estreitamentos em virtude de productos plasticos que ahi se depositão, e se condensão: não lhes davam uma organisação e vida propria, e crião que constituião os estreitamentos impellindo para dentro a mucosa.

A vista dos progressos da cirurgia, de suas descobertas recentes, são despresadas todas estas theorias.

J. Guerin apresentando a theoria da transformação dos tecidos vasculares em tecido fibroso, encontrou Virchow e Cruveillier, que abraçarão o seu modo de pensar, e derão começo ás investigações e pesquisas scientificas procurando sustental-as nos solidos alicerces das observações. Virchow postergando e lançando por terra as theorias de Shwan e Hunter, e partindo do seu principio racional e maravilhoso *omnis cellula è cellula*, não admitte a formação de qualquer tecido senão pela hyperplasia cellular, destruindo assim as theorias das organisações dos exsudatos, e das lymphas plasticas.

Constituem o tecido esponjoso da urethra, como ja vimos, innumeras arteriolas, e veias muito pequenas e tenues que, entrelaçadas e reunidas, formão as redes capillares; e radiculas venosas mais dilatadas e desenvolvidas, que á sua vez vem constituir os pequenos espaços cellulares.

Sendo assim o corpo esponjoso da urethra; vemos que ha grande analogia entre as suas inflammações e as da phlebite.

O que se passa na phlebite ou em uma veia inflammada?

Em primeiro logar a tunica interna da veia altera-se em sua cor, tornando-se logo depois corada; o sangue stagnando-se, coagula-se e as tunicas dos vasos tornão-se menos elasticas, e adquirem mais espessura. Se attacamos a inflammação em seu curso, marcha e desenvolvimento, dá-se a absorpção das partes liquidas do coalho; este vai progressivamente diminuindo de volume, descorando-se, retrahindo-se, e tornando-se resistente e forte. As tunicas das veias, que augmentavão de espessura, como já mencionamos, vão proporcionalmente tornando-se mais espessas, endurecidas, acompanhão o coalho em sua retracção, adherindo-se á elle em sua parte fibrinosa, e formão um cordão fibroso.

Conhecida a phlebite com o seu quadro de metamorphoses pathologicas, estudemos a reunião das inflammações dos pequenos vasos, formadores do corpo esponjoso.

Quando a inflammação invade o corpo esponjoso, este tambem passa por estas mudanças que caracterisão este estado pathologico. No começo da inflammação, no seu primeiro periodo, grande quantidade de sangue liquido enche o corpo esponjo-vascular; a medida que a inflammação vai fazendo progressos em seu curso, estendendo-se em sua marcha, o sangue se vai stagnando e coagulando-se, e as paredes dos vasos se tornando menos elasticas e mais espessas. A partir deste momento, a absorpção da parte liquida do coalho vai-se operando; a parte fibrinosa vai-se condensando, descorando-se, retrahindo-se, e tornando-se resistente: as tunicas que constituem as paredes dos vasos, participando d'esta retracção vão-se tornando resistentes e espessas. Pouco á pouco continua-se a fazer a absorpção, e logo que esta acha-se adiantada, attingindo a ultima phase de sua evolução, o que se nota no tecido esponjo-vascular é um corpo duro, branco, homogeneo e fibroso.

Eis a nova theoria da formação dos estreitamentos, theoria tão bem sustentada já por seus ennunciadores, já tão bem elucidada pelas observações de Mercier e J. Guerin. É a que abraçamos e sustentamos.

Tecido dos estreitamentos.—O volume e espessura do tecido do estreitamento são menores que os do tecido normal; sua consistencia é relativa ao tempo de sua existencia; sua cor varía tambem segundo a epocha em que se os pode examinar. Se logo no começo de sua manifestação quasi

nenhuma differença apresenta da cor dos tecidos urethraes, apenas um vermelho mais carregado e escuro, se o tempo de sua apparição é mais longo, a cor é mais pallida, e empallidecendo-se cada vez mais, ella tende a desapparecer até que o tecido se torna branco.

Séde.—Este tecido anormal pode ter sua séde, ou em um só ponto, ou em muitos da extensão do canal; ou em toda circumferencia, ou em metade, ou em pequena parte: quando este occupa pequena parte do canal é formado por uma lamina simples, e constitue os estreitamentos em brida, anel incompleto e crescente. São frequentes na camada externa da porção esponjo-vascular, que pode ser atacada em toda sua espessura; nesta parte é onde sempre se os encontra.

Numero.—É variavel o numero dos estreitamentos; já se ha encontrado de um a nove. Boyer vio trez; Ducamp cinco; Hunter seis; Collet oito; Lallemand nove; a existencia de um ou de dous é muito frequente, todos os dias encontra-se na pratica.

Extensão.—Geralmente são de pouca extensão: no emtanto muitos estreitamentos longos tem sido observados.

Hunter, B. Bell, e Civiale citão um de 27 millimetros; Ducamp, Ch. Bell e Boyer um de 54 millimetros; Chopart e Dessault um de 8 centimetros, e na clinica do Dr. Gordilho observamos um que se extendia quasi por toda a porção esponjosa da urethra.

Propriedades.—Duas são as propriedades das coarctações urethraes; rectractilidade, e elasticidade.

Diagnostico.—Com os diversos symptomas que o doente apresenta, e tendo-se em vista os signaes commemorativos que nos auxilião com grande evidencia, e nos fornecem luzes para um bom diagnostico; com a introducção das sondas, e com o endoscopo de Desormeaux nos será facil diagnosticar uma urethrostenia.

Logo depois de termos certeza da existencia do estreitamento, é preciso conhecermos sua séde, numero, forma, extensão, calibre, elasticidade, rectractilidade, e consistencia. Se bem que, por vezes difficil, é conveniente e de grande necessidade fazermos um diagnostico differencial entre os verdadeiros estreitamentos, os espasmos e as diminuições passageiras do canal, devidas ás inflammações e compressões, e ás obliterações por calculos da bexiga, etc. Só uma pratica longa e plena de observações nos poderá arrebatar destas difficuldades.

Prognostico.—A urethrostenia é uma molestia quasi sempre grave; seu

prognostico é relativo ao tempo de sua existencia, ao numero, séde, extensão, forma, calibre, elasticidade, rectractilidade e consistencia: ao temperamento e constituição do individuo doente, e mais ainda ás terriveis e serias complicações que as mais das vezes vem traser a morte ao infeliz, em cuja face, cavada pela dor, se retrata a duração e desespêro de seus soffrimentos atrozes.

Tratamento.—O tratamento da urethrostenia se divide em geral e local. Existem meios therapeuticos geraes e locaes.

Com os meios therapeuticos geraes não se tem em mira curar a molestia; mas preparar o doente para o tratamento local, prevenir as perturbações da organisação, que este possa occasionar, e levantar as forças do doente, quando já abatido parece não resistir ao tratamento local. O tratamento geral consiste no emprego dos calmantes, quando predominar no doente o temperamento nervoso; se o doente estiver enfraquecido pelo soffrer longo e penoso, nutril-o, refocilar suas forças, e confortar sua organisação. Deve-se preconisar os purgativos, quando existem gazes nos intestinos, e quando materias fecaes, já endurecidas no recto vão produzir uma irritação que se póde estender á bexiga, e d'ahi ao canal urethral. Prescrever-se os preparados de sulfato de quinina, de camphora, de valerianna e o laudano de Sydenham em clysteres, e as poções de alcoolatura d'aconito, é proveitoso para prevenir-se ou combater-se as febres; as bebidas diureticas, aciduladas e dôces com o fim de tornar-se menos acres e irritantes as urinas, são de um valor clinico reconhecido. O tratamento local é o cirurgico: diversos são os meios empregados: a electricidade, o catheterismo, a cauterisação, as dilatações, a incisão, as escarificações, as injecções, a puncção da bexiga, a urethrotomia interna, a urethrotomia endoscopica de Desormeaux, e a urethrotomia externa, taes tem sido os methodos administrados nos tratamentos da urethrostenia.

Nos sendo sobre maneira difficil, e incompativel com a capacidade material de nossa these, apreciarmos todos os processos e meios de tratamento, restringir-nos-hemos á descrever somente a urethrotomia interna, cujas indicações e contra-indicações contituem o nosso ponto de dissertação, fallando levemente naquelles que forem preconisados nas contra-indicações desta.

QUARTA PARTE

Urethrotomia interna, suas indicações e contra-indicações.

. A urethrotomia é a operação que destruindo os tecidos morbidos, que constituem os estreitamentos da urethra, augmenta-lhe o canal nestes pontos coarctados.

A urethrotomia se divide em interna e externa.

Na urethrotomia interna pratica-se a incisão de dentro para fóra; na externa de fóra para dentro.

Só descreverêmos a urethrotomia interna.

Innumerar todos os autores de processos de sua invenção apresentados á cirurgia, nos é sobre modo difficil senão impossivel. Na pratica da urethrotomia interna immensos e variados processos existem. Trelat, Reybard, Charles Owen Aspray, Civiale, Sedillot, Guerin, Maisonneuve são autores de processos por nós conhecidos.

Não descreverêmos com tudo todos estes proceseos, e só trataremos d'aquelle que tanta gloria tem dado a Maisonneuve, já por ter sido acolhido por grandes e notaveis cirurgiões, já por ter sido na pratica destes o que melhores resultados tem apresentado.

Processo de Maisonneuve.—O urethrotomo de Maisonneuve é composto de trez peças: sonda conductora, que é feita de barbatana de baleia, uma bainha metallica formada por um tubo estriado, e uma haste munida de uma lamina cortante, tambem de metal.

A sonda conductora, guia da bainha do instrumento lhe é adaptada por um pequeno castão, que é parafusado na extremidade inferior da bainha; esta sonda é muito fina e flexivel.

A bainha é formada por um tubo de 30 centimetros de extensão, e de diametro variavel de 1 a 3 millimetros: tem por cabo um anel em sua extremidade superior, e na inferior um pequeno parafuso que vai atarrachar-se ao castão da sonda; é escavada em todo seu comprimento por um sulco ou rêgo por onde a haste cortante percorre.

A haste muito fina é unida ao dorso da lamina, e de diametro proporcional á capacidade do tubo estriado, e deve ter o mesmo comprimento que este; a lamina de figura de uma meia oliva é cortante em sua convexidade. O urethrotomo assim constituido pode ser curvo ou recto; de preferencia usa-se do curvo. A operação é dividida em trez tempos.

Primeiro—introducção da sonda conductora. Parece ser muito facil a introducção desta fina e tenue véla; entretanto ella apresenta sobejas e immensas difficuldades. Se lançarmos nossas vistas para a materia de que é feita a sonda conductora, verêmos que ha nisso grande importancia: não poder-se-hia usar indifferentemente das vélas de baleia, e das de gomma elastica? não; as vélas entortilhadas de gomma elastica são inutilisadas porque em contacto com as mucosidades do canal da urethra e tambem pela acção do calor, a sua espiral é destruida; usamos portanto das sondas de barbatana de baleia, por que ellas em virtude de sua solidez (se bem que pouca seja) não se amollecem, conservando por tanto a sua espiral.

É necessario para introduzir-se uma sonda de barbatana de baleia, quando o estreitamento offerece um orificio constricto, e por conseguinte apresentando embaraços para ser atravessado, que se a introdusa lentamente, e que se produza movimentos de rotação sobre seu eixo, mas nunca movimentos de vai e vem: se o estreitamento comprime a véla, descança-se para novamente começar-se a manobra cirurgica, até que o orificio seja franqueado.

Segundo tempo. Introduzida a sonda conductora, parafusa-se seu castão á bainha do instrumento, e esta sendo guiada pela sonda, tende a seguir o mesmo trajecto; a bainha vai sendo introduzida até attingir á bexiga, onde a sonda em virtude de sua flexibilidade fica ennovelada, enrolando-se sobre si mesma.

Terceiro tempo. A introducção e retirada da haste munida da lamina cortante pelo rego da bainha de modo a interessar exclusivamente o ponto ou os pontos coarctados da urethra, constitue o terceiro e o ultimo tempo da operação.

Logo que é concluida a operação, o cirurgião deve immediatamente introduzir uma sonda volumosa no canal, onde deve ser conservada por dias, a fim de prevenir qualquer irritação que possa a urina occasionar, em contacto com os pontos feridos; para obstar a obsorpção urinosa que traz sempre em resultado dôres, febres urethraes, e outras complicações

que podem determinar a morte; assim como prescrever as poções aciduladas e de aconito, e banhos tepidos.

Conhecido o instrumento e os tempos do processo operatorio, vejamos quando devemos empregar a urethrotomia.

Em que condições é reclamada a urethrotomia interna?

Conformando-nos com a divisão que fizemos dos estreitamentos em fibroides e fibrosos, estudemos os casos que requerem as indicações desta operação.

Os estreitamentos fibroides são os unicos que reclamão o emprego da urethrotomia interna, ou tambem poderêmos pratical-a nos fibrosos?

Nos estreitamentos fibroides é sempre possivel a dilatação; mas convem agora saber, se a dilatação que nos pode servir de guia e de meio auxiliar na urethrotomia, porem auxiliante de grande força e importancia, será sempre possivel fazer-se; e como meio de tratamento se ella será sempre facil e conservada, e se trará ao doente uma cura radical para sua molestia.

É necessario estabelecermos uma ligeira divisão para esta classe de estreitamentos, divisão esta que deve estar de acordo e relação com a maneira pela qual estes se dilatão.

Nos estreitamentos fibroides, ha uns que se dilatão e conservão seu gráo de dilatação; outros que são franqueados, dilatão-se, mas essa dilatação não é conservada.

Nos estreitamentos que se dilatão, conservando a dilatação até a graduação que se poude conseguir, com proveito e facilmente pratica-se a urethrotomia interna. Não nos devemos arrastar pelo empirismo puro e cego, na duvida de preconisarmos o emprego da urethrotomia interna. Alguns praticos tem feito consistir a dilatação como a melhor base do tratamento cirurgico nestes casos; mas, attendendo a duração deste processo, que tem a grande inconveniencia de tornar a cura muito longa e penosa, tendo em mira as alterações pathologicas que perturbão a organisação, occasionando febres urethraes, grandes inflammações, dores, e a reproducção do tecido morbido, indicamos a urethrotomia interna que, debellando os soffrimentos do doente em um espaço de tempo muito curto, lhe proporciona uma cura prompta e abreviada.

Nos estreitamentos franqueados, mas que não conservão a dilatação, nenhuma duvida faz vacillar aos sectarios da urethrotomia interna na sua pratica. Estes estreitamentos são atravessados, e desde então se busca

dilatal-os; vê-se porem, que a dilatação não é mantida: de facto, temos apreciado immensos e diversos destes casos na clinica do nosso Mestre Dr. Gordilho, de quem algumas observações acompanhão esta these. A coarctação urethral é franqueada; d'ahi á algumas horas, ou mesmo d'ahi á um dia ou dousprocura-se introduzir uma sonda de maior diametro que a primeira que a franqueou; esta é levada com muita difficuldade á bexiga; e nota-se que no mesmo espaço de tempo que succede á esta operação, esta sonda não atravessa mais o orificio do estreitamento, e quando o faça, é ainda apresentando as mesmas ou maiores difficuldades, e exigindo o mesmo trabalho operatorio. É nesta classe de estreitamentos especialmente que o cirurgião não vacilla, que não hesita na selecção deste ou daquelle processo operatorio, e com habil, perita e pratica mão executa a operação da urethrotomia interna, cujos resultados levarão aos soffrimentos do doente uma cura radical.

Nos estreitamentos fibrosos, que são atravessados, mas cuja dilatação não se pode conseguir fazer, desde que uma sonda filliforme os franqueia, e que esta possa servir de guia e conductor á bainha do urethrotomo de Maisonneuve, a operação é vantajosamente indicada.

Antigamente empregava-se nestes casos a cauterisação, mas já pelos embaraços que acompanhão este processo, por ser muito demorado e doloroso, já pela rapida reproducção da molestia, e já por trazer consequencias graves e até mesmo funestas, preferimos o uso da urethrotomia interna.

Nos estreitamos fibrosos, cuja luz não pode ser franqueada por uma sonda filliforme, não trazendo um cortejo de symptomas graves que fação o cirurgião receiar de qualquer demora em seu tratamento, é contra indicada a urethrotomia interna: e quando assim se manifestão estas coarctações, alguns praticos tem preconisado a urethrotomia externa; mas pelos progressos da cirurgia vê-se que devemos fazer a cura em taes circumstancias, procedendo o emprego da urethrotomia endoscopica de Desormeaux, que incontestavelmente é o processo que innumeros e melhores resultados tem colhido.

A urethrotomia externa pode ser praticada por dous processos: ou pode ser feita levando-se o instrumento cortante sobre um catheter conductor, ou indo-se ás cegas cortando as partes até á sua profundidade em busca do canal, sem ter-se um conductor como guia.

No primeiro caso é necessaria a passagem de um catheter, e desde que este pode ser introduzido, com superioridade de razão é franqueada a

urethra no seu ponto estreitado por uma sonda, a qual servindo de conductor á bainha do urethrotomo de Maisonneuve, nos indica fazermos a urethrotomia interna deste autor, que alem de mais abreviada, não é perigosa.

Alguns cirurgiões dizem ser este processo, que é o da urethrotomia externa com o conductor, o que tem apresentado curas mais efficazes e duraveis; mas Desormeaux nega estas asserções, demonstrando com duas observações suas, que as reproducções do tecido morbido se manifestarão, quando a ferida ia á cicatrisar-se; e com uma outra em que elle foi obrigado á proceder a urethrotomia interna, para interessar os tecidos que já se ião reproduzindo.

A urethrotomia externa sem conductor, é tão perigosa, tão difficil, e de effeitos favoraveis tão pouco certos, que só deve ser empregada como o ultimo recurso da cirurgia.

Conhecidas as desvantagens da urethrotomia externa, vamos fazer conhecer quanta utilidade, e quantos beneficios, nos obrigão á louvar o uso da urethrotomia endoscopica de Desormeaux.

Sendo infranqueavel o estreitamento, o que só poderêmos reconhecer depois do emprego quotidiano das manobras cirurgicas, uzemos do endoscopo de Desormeaux.

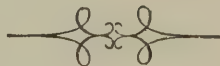
Por este instrumento examinamos a urethra, e logo percebemos a luz do pequeno orificio do ponto coarctado; percebido ou visto seu orificio, introduzimos um estilete abotoado do mesmo autor a fim de dilatarmos o orificio, que franqueado pelo estilete permittirá que se empregue ou a dilatação temporaria e progressiva pelas sondas de baleia, ou havendo impossibilidade completa e absoluta desta, a urethrotomia endoscopica de Desormeaux, que consiste em incisar o ponto coarctado com um dos seus urethrotomos.

Quando porém os estreitamentos apresentão alterações que podem arrostar um infeliz doente a mergulhar-se no antro medonho e cruel da morte, depois de ter lutado nos desesperos e agonias de seus paroxismos; quando os estreitamentos infranqueaveis se acompanhão de stranguria, bexiga enormemente distendida pela grande e copiosa quantidade de urina ammoniacada, e ja em decomposição; quando todo esse quadro ameaçador de symptomas terriveis augurão roubar-lhe seus ultimos instantes de força, os seus extremos momentos de vida, então o cirurgião envida o ultimo exforço, esgota o derradeiro recurso; não tem mais em

mira, nem a urethrotomia interna de Maisonneuve, nem as dilatações, e nem outros quaesquer processos, e accelerado deve praticar a operação da puncção da bexiga, ainda que desgraçadamente tenha tão temiveis consequencias.

Com quanto o Dr. Henri Almés cite na Gazeta Medica de Paris, no anno de 1867, uma observação desta operação praticada com o trocate explorador de Recamier por M. José Gastaldo y Fontabella, com feliz resultado; com quanto Sedillot tratando desta operação assim se pronuncie a seu favor—*J'ai pratiqué un grand nombre de fois la ponction vesicale sus-pubienne, et je n'hesite pas á declarer que c'est une operation très simple, très efficace et très innocente*; nós só a empregaremos, depois de termos esgotado todos os meios já mencionados, e quando a vida do doente depender desta operação: não são somente os seus effeitos graves que nos fazem assim pensar, mas ainda a nenhuma garantia que ella nos offerece no tratamento dos estreitamentos; porém quando o doente estiver cercado de desespero, e opprimido por agonias, lutando braço a braço com o gigante implacavel da morte, devemos fazer a puncção da bexiga, seguindo-a logo da urethrotomia endoscopica de Desormeaux; esta para a cura do estreitamento, e aquella para arrancal-o das garras da morte.

Concluindo, dirêmos que sempre que a urethrotomia interna pelo processo de Maisonneuve for indicada, ella deve ser praticada; já por ser um processo cirurgico facil e abreviado, já por apresentar-nos a cura radical das coarctações urethraes.

Aqui rematamos nosso trabalho, concio de que só o dever de dar á Faculdade de Medicina uma prova de nossa applicação, e dos conhecimentos nella adquiridos, nos obrigaria a uma tarefa tão ardua, difficil e espinhosa:

Algumas observações colhidas na clinica civil do Dr. Gordilho.

URETROTOMIA INTERNA PELO PROCESSO DE MAISONNEUVE.

O Sr. Dr. M. V. de 32 annos de edade, de constituição forte, systema muscular bem desenvolvido, branco, soffria de um estreitamento fibroso, acompanhado de stranguria, fistulas e abcessos urinosos, e infiltração urinaria na bolsa escrotal. Foi operado no anno de 1867 ficando radicalmente curado até hoje.

Ajudamos a operação com o Dr. Nina.

O Sr. C. negociante nesta cidade, de 50 annos de idade, branco, natural de Portugal, de constituição forte, padecia de um estreitamento fibroso: depois de ter-se tratado pela dilatação temporaria e progressiva, sem que deste processo tirasse proveito recorreo a urethrotomia interna no anno de 1868, ficando completamente bom até hoje.

Ajudamos a operação com o Dr. Nina.

O Sr. F. empregado no pharol dos Abrolhos, de 30 annos de idade, de constituição forte, branco, apresentava um estreitamento fibroso de uma extensão admiravel, difficil de ser franqueado. Depois de diversas tentativas de exploração do canal, sendo chloroformisado previamente, foi praticada a urethrotomia interna no anno de 1868. Acha-se bom.

Ajudamos a operação com os Drs. Nina, Lopes dos Reis e Mello Reis.

O Sr. A. branco, de 35 annos de idade, de constituição fraca, morador nas Pedreiras, manifestava um estreitamento fibroide, que não cedendo a dilatação, foi curado pela urethrotomia interna no anno de 1868.

Ajudamos a operação com o Dr. Lopes dos Reis.

O Sr. A. crioulo sapateiro, de 35 annos de idade, de constituição fraca, voltou da campanha do Paraguay soffrendo de um estreitamento fibroide, que curou-se com o emprego da urethrotomia interna no anno de 1869.

Ajudamos a operação com o Dr. Nina.

O Sr. J. crioulo, de constituição forte, de 40 annos de idade, morador no Cruzeiro de S. Francisco, tinha nm estreitamento fibroide, rebelde aos processos da dilatação: sendo praticada a urethrotomia interna no anno de 1869 a cura teve logar.

Ajudamos a operação com o Dr. Lopes dos Reis.

O Sr. P. de 45 annos de idade, de constituição fraca, branco, natural de Sergipe, abordou a esta cidade soffrendo de um estreitamento fibroso, que foi curado pela urethrotomia interna no anno de 1869.

A operação foi feita em casa do Sr. A. P. da Silva.

Ajudamos a operação com o Dr. Gouveia.

O Sr. B. natural de Camamú, branco de 30 annos de idade, de constituição fraca, soffria de um estreitamento fibroso, que só poude ser curado pela urethrotomia interna no anno de 1869.

Ajudamos a operação que foi praticada em casa do Sr. A. P. da Silva.

O Sr. I. branco, de 35 annos de idade, de constituição fraca, padecia de um estreitamento fibroso, que foi curado pela urethrotomia interna no anno de 1869.

Ajudamos a operação que teve logar no escriptorio do Sr. D. O. Lima.

O Sr. B. branco, de 50 annos de idade, de constituição fraca, soffria de um estreitamento fibroide, que não cedeo a dilatação e foi curado pela urethrotomia interna.

O doente foi chloroformisado.

Ajudamos a operação que foi feita em casa do Sr. Valente com os Drs. Mello Reis e Lopes dos Reis no anno de 1869.

O Sr. O negociante nesta cidade, branco, natural de Portugal, de constituição forte, soffrendo de um estreitamento fibroso, foi curado pela urethrotomia interna no anno de 1870.

Ajudamos a operação.

O Sr. G. official de marinha, branco, de 30 annos de idado, tinha dous pontos estreitados no canal de urethra. Éstes estreitamentos fibrosos, inveterados, não cederão a dilatação, mas forão curados pela urethrotomia interna no anno de 1870.

Ajudamos a operação.

O Sr. B. natural de Sergipe, estudante, branco, de 20 annos de idade, de constituição fraca, apresentava stranguria, bexiga distendida, febres e etc. Sondando-se o canal reconheceo-se que havia um calculo engastado na urethra, além de outro vesical. Em oito secções sendo o doente em algumas chloroformisado, curou-se pela operação da lithotritia no anno de 1870.

Ajudamos a operação com os Drs. Nina e Gouveia.

O Sr. T. natural de Sergipe, de 45 annos de idade, branco, de constituição fraca, de temperamento nervoso, sentindo stranguria, fistulas perineas e escrotaes, já tendo sido operado pela urethrotomia interna, sem que tirasse resultado, recorreo ao Dr. Gordilho, que depois de ter explorado o canal, notou a existencia de um calculo engastado na urethra. Em quatro secções em que foi sempre previamente chloroformisado, fez-se a operação; nos mostrando o doente depois, fragmentos até de volume de um grão de milho (pequeno) que expellia na urina.

Ajudamos a operação com os Drs. Nina, Chagas Rosa e Gouveia no anno de 1871.

O Sr. G. natural de Sant'Amaro, branco, de 40 annos de idade, de constituição forte, musculoso, e temperamento nervoso, tinha um estreitamento fibroso acompanhado de stranguria, fistulas penianas, escrotaes e perineaes; depois de explorações repetidas para dilatar-se o orificio do ponto coarctado, sendo antecipadamente chloroformisado praticou-se a urethrotomia interna, ficando bom o doente.

Ajudamos a operação com os Drs. Nina e Gouveia no anno de 1871.

L. crioulo, escravo do Conego F. de 30 annos de edade, de constituição fraca, padecia de um estreitamento fibroso, que zombando das tentativas das explorações e dilatação não podia ser franqueado. Foi curado pela urethrotomia endoscopia de Desormeaux.

Ajudamos a eperação.

SECÇÃO MEDICA

Febre amarella.

PROPOSIÇÕES

I.—A febre amarella, febre de Siam, febre icterica maligna, febre nautica, febre gastro-hepatica, febre putrida continua, typho Americano, ou icterico, ou bilioso, é uma molestia infecto-contagiosa, caracterisada pela rubra cor da pelle, que se torna depois amarella, pelo vomito negro, e hemorrhagias passivas.

II.—Os climas quentes, juntos á um certo gráo de humidade, influem consideravelmente para o desenvolvimento da febre amarella.

III.—A febre amarella pode apresentar-se sporadica ou endemicamente; porém é sob a forma epidemica que ella ordinariamente se manifesta.

IV.—O ar athmospherico, viciado pelos miasmas que resultão da decomposição das substancias vegetaes e animaes, não pode ser considerado como causa determinante da febre amarella.

V.—Só a falta de acclimação pode ser considerada como causa predisponente da febre amarella.

VI.—A febre amarella apresenta dous periodos bem distinctos, sendo um caracterisado pelos phenomenos de reacção, e outro pelos phenomenos ataxo-adynamicos.

VII.—Uma febre intensa e continua, cephalalgia frontal, rachialgia, dores convulsivas pelos membros, injecção ocular, photophobia, epigastralgia, anorexia, e vomitos mucosos, são os symptomas do primeiro periodo.

VIII.—Febre pouco intensa, apyrexia, côr amarella das conjunctivas e da pelle, diminuição da secreção urinaria, albumina nas urinas ou anuria, vomitos e dejecções negras, hemorrhagias passivas, petechias, phenomenos de adynamia profunda, ou ataxo-adynamicos, são os symptomas do segundo periodo, e caracterisão a febre amarella.

IX.—A febre amarella tem uma marcha regular e continua, se exceptuar-se a remissão que marca a passagem do primeiro ao segundo periodo.

X.—Os phenomenos de remittencia ou intermittencia que algumas vezes precedem ou seguem a febre amarella, são sempre devidos á complicações pela influencia palustre.

XI.—A amarellidão dos tecidos brancos, os derramamentos sanguineos no estomago e intestinos, a degenerescencia gordurosa do figado e a dyscrasia do sangue, são as principaes lesões anatomicas desta molestia.

XII.—Se com a remissão dos symptomas do primeiro periodo da febre amarella coincide a ausencia de albumina nas urinas, pode-se esperar uma terminação feliz.

XIII.—O apparecimento do vomito negro durante o primeiro periodo, a adynamia profunda, conjunctamente os soluços, sobresalto dos tendões, e anuria, são symptomas que revelão uma terminação fatal.

XIV.—Os doentes que teem soffrido um ataque completo desta molestia ficão preservados ou immunes em geral.

XV.—A duração da febre amarella é de seis a quinze dias.

XVI.—A febre amarella é de um prognostico geralmente muito grave.

XVII.—As emissões sanguineas não devem ser empregadas no tratamento da febre amarella.

XVII.—Os diaphoreticos, os laxativos brandos e de preferencia o oleo de ricino, os revulsivos cutaneos, e a hydrosudopathia, são meios muito preconisados e uteis no tratamento da febre amarella em seu primeiro periodo.

XIX.—Os preparados de quina, os clysteres e injecções hypodermicas de sulfato de quinina, a genciaona, o castoreo, o almiscar, o ether, o chloroformio, o gêlo em fragmentos, o vinho quinium de Labarraque, e sobretudo o hydrato de chloral, são quotidianamente empregados para combater os phenomenos do segundo periodo.

XX.—A convalescença desta molestia é sempre longa e penosa ainda mesmo nos casos benignos.

XXI.—As medidas sanitarias que a hygiene aconselha para evitar á quaesquer molestias epidemicas, convem igualmente á febre amarella.

SECÇÃO ACCESSORIA

Infanticidio considerado sob o ponto de vista medico-legal.

PROPOSIÇÕES

I.—A morte de uma criança recem-nascida, perpetrada com premeditação, é considerada pela medicina legal por um crime, que se denomina—infanticidio.

II.—Grandes difficuldades existem para o emprego da palavra recem-nascida; as autoridades da sciencia ainda caminhão nas obscuridades, e dissidencias para determinarem o tempo em que a criança deve ser considerada recem-nascida: com tudo dá-se o nome de recem-nascida á criança desde o primeiro instante de vida até a queda do cordão, e cicatrisação umbilical.

III.—O infanticidio pode ser praticado por commissão e por omissão.

IV.—A viabilidade do feto não constitue base para o medico legista determinar que houve infanticidio, e sim é mister que seja viva a criança quando seu algoz perpetrou tal crime.

V.—A miseria, a escravidão, a ignorancia e os prejuizos da ostentação social, são as causas que mais frequentemente levão uma infeliz mãe ou os seus cumplices á tão desgraçado acto de barbaridade, á commetterem o nefando crime de infanticidio.

VI.—As leis brasileiras não punem severamente tão horrendo e destetavel crime.

VII.—O exame cadaverico feito sobre a criança assaz illucida ao medico legista para determinar se houve ou não infanticidio.

VIII.—Faz-se necessario o conjuncto de outras provas ao exame cadaverico da criança para certeza de que houve tal crime.

IX.—O exame feito na mãe presuposta infanticida e das nodoas de sangue, e o encontro de instrumentos vulneraveis, são mais do que precisos para o medico legista.

X.—Para que possa-se dizer, e determinar que houve infanticidio, é necessario provar que a criança tinha respirado.

XI.—A docimasia pulmonar pelos processos de Galeno, Ploucquet, e Daniel, é a prova essencial e infallivel para demonstrar se a criança tem respirado.

XII.—A docimasia pulmonar hydrostatica pelo processo de Galeno que Schreger applicou á medicina legal, é a mais antiga, e a que melhores resultados e bons effeitos tem colhido na pratica.

XIII.—Não se deve despresar e esquecer a docimasia pulmonar optica.

XIV.—Só de provas authenticamente demonstrativas e infalliveis, o medico deve esperar dados certos para com elles affiançar que se deu o crime de infanticidio.

SECÇÃO CIRURGICA

Mecanismo dos differentes movimentos que executa a cabeça do féto, durante o parto, e suas causas.

PROPOSIÇÕES.

I.—Pela palavra apresentação em obstetricia se entende a parte do feto que em primeiro lugar se mostra no estreito superior

II.—A posição é as relações que guarda esta parte com os diversos pontos do estreito superior.

III.—A cabeça do feto nas apresentações é susceptivel de diversos movimentos.

IV.—As classificações de Nægelé, Stoll, Dubois e Cazeaux são as mais gerelmente acceitas, relativamente as apresentações e posições.

V.—A possibilidade ou impossibilidade do parto dependem das relações que os diametros da cabeça conservão para com os diametros da bacia

VI.—A forma da bacia, pelo modo que entendem os autores em geral não se presta á explicação alguma satisfatoria para o mechanismo do parto.

VII.—A ordem e a successão dos movimentos varião conforme a apresentação.

VIII.—Os movimentos da cabeça durante o trabalho do parto são: flexão, descida, rotação interna, extensão, e rotação externa.

IX.—A theoria de Cazeaux explicando o movimento de flexão é insustentavel.

X.—Não ha theoria que explique satisfatoriamente o movimento de rotação interna.

XI.—A theoria de Tarnier no movimento de extensão da cabeça não é applicavel em todas as posições.

XII.—A rotação externa não é um movimento proprio da cabeça; é consequencia da rotação das espaduas.

XIII.—Nas apresentações da face, a falta de comprimento do pescoço é a causa de não se completar o movimento de descida.

XIV.—Este movimento de descida porem tem lugar, depois da rotação interna.

XV.—Qualquer que seja a posição da face é impossivel o parto se o o menton não vier para baixo da symphise pubiana.

XVI.—As estatisticas dos autores não se prestão á uma classificação rigorosa sobre a frequencia relativa das posições da face.

XVII.—Nas apresentações da face, são muito raras as posições transversas.

XVIII.—A melhor classificação sobre a frequencia relativa das posições da face, é a de Jollin, confirmada e admittida por Stoll, e Denonvillièrs.

XIX.—Nas apresentações podalicas a cabeça se desprende por dous processos.

XX.—Estes processos que se manifestão nas apresentações podalicas; são o de flexão e o de extensão.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I.

Urinæ difficultatem venæ sectio solvit: secandæ verò internæ.

(Sect. 6.ª, Aph. 36.)

II.

Quibus autem urinæ divulsæ fiunt, iis vehemens est in corpore turbatio.

(Sect. 7.ª, Aph. 33.)

III.

Urinæ stillicidium, et urinæ difficultatem vini potus, et venæ sectio solvit. Secandæ verò internæ.

(Sect. 7.ª, Aph. 48.)

IV.

Si quis sanguinem et grumos mingat, et stranguriam habeat, et dolor incidat ad perinœum, et imum ventrem, et pectinem, partes circa vesicam laborare significat.

(Sect. 7.ª, Aph. 39.)

V.

Quibus in urinaria fistula tuberculum nascitur, his suppurato eo et perrupto, solutio fit.

(Sect. 4.ª, Aph. 82.)

VI.

Quibus in urinaria fistula tuberculum fit, his suppurato eo et perrupto, solvitur dolor.

(Sect. 7.ª, Aph. 57.)

Typographia de J. G. Tourinho.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina 26 de Agosto de 1871.

Dr. Cincinato Pinto

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 28 de Agosto de 1871.

Dr. Demetrio.
Dr. V. Damazio.
Dr. Moura.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 3 de Outubro de 1871.

Dr. Magalhães
Vice-Director.